

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ (CAPI)

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения	:	
Название дела	:	
Номер	:	
Имя работника	:	
Номер	:	
Телефон	:	
Адрес	:	

(ADDRESSEE)



Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрации штата: Если Вы считаете, что это действие неправильно, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

ИЗМЕНЕНИЕ В ЛЬГОТАХ:

Начиная с _____, выплата Вам CAPI изменилась
(месяц/день/год)

с \$_____ на \$_____ по причине:
 Ваш доход или доход Вашей(го) супруги(а) родителя или спонсора изменился.
 Ваше семейное положение изменилось.
 Условия Вашего проживания изменились.
 Вам было переплачено.
 Другое _____

ПРЕКРАЩЕНИЕ:

Начиная с _____, выплата Вам CAPI прекращена
(месяц/день/год)

по причине:

- Статус Вашего гражданского или иммиграционного состояния не отвечает требованиям CAPI.
- Ваш доход в \$_____ превышает разрешенный лимит.
- Ваши ресурсы превышают разрешенный лимит в \$2,000 для одного лица или \$3,000 для семьи.
- Непредоставление доказательств, что Вы подали заявление на получение льгот дохода дополнительного страхования (SSI) или что Вы сделали все необходимое для получения SSI.
- Ваш SSI был одобрен; Вы не можете получать льготы SSI и платежи по программе CAPI.
- Не было взаимодействия с округом (см. заметки).
- Вы находитесь в общественном учреждении (включая больницы, места заключения, стационары, но не ограничиваясь ими).
- Вы не являетесь постоянным жителем Калифорнии.
- У округа есть информация, что подавший заявление скончался.
- Вы более не слепы или инвалид.
- Вы попросили остановить Вам выплату CAPI.
- Статус Вашего спонсора не соответствует условиям на получение CAPI (см. заметки).
- Другое _____.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения: W & IC, Division 9, Part 6, Chapter 10.3, Sections 18937 through 18944

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТ

Сумма выплаты Вам CAPI основывается на всей информации, которую мы получаем. Вы должны сообщать округу каждый раз, когда происходят любые изменения, включая изменения в доходе, ресурсах или условиях проживания для себя, супруга(и), родителей или ребенка, которые проживают с Вами, или Вашего спонсора и его(ее) супруга(и), независимо от места их проживания.

Вы должны сообщить нам обо всех изменениях в течение 10 дней со дня изменения. Помните: изменение может увеличить или уменьшить выплату Вам CAPI. Вам, возможно, придется вернуть переплаченную Вам сумму.